UNIVERSITE PAUL SABATIER

U.E.R. DES SCIENCES MEDICALES

TOULOUSE III

ANNEE 1972 N°123

ETUDE CLINIQUE DES LESIONS MENISCALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en juin 1972

par

Jean-François COLDEFY

JURY

MM. R. RUFFIE		Président
L. RIBAUT	}	Assesseurs
S. JUSKIEWENSKI	}	Assesseurs
R. GAY	}	Assesseurs
C. MARTINEZ		Suppléant

Imprimée au C. E. I. P.

1972

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546526_0040

ETUDE CLINIQUE DES LESIONS MENISCALES

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1e Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN : M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL : M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M. VINCENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. JAHIER
Professeur honoraire	M. SENDRAIL
Professeur honoraire	M. PONS

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil

Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	M. PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique	M. FICAT	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des maladies des voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Clinique des maladies infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture	M. SOREL	Purpan
Clinique Médicale de la première enfance	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale	M. CALVET	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE René	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE Jacques	Purpan
Anatomie Appliquée	M. LARENG L.	Purpan
Anesthésie et Réanimation	Mme ENJALBERT	Rangueil
Bactériologie et Virologie	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale A	M. BRU	Rangueil
Biophysique Médicale B	M. CALAZEL	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. VALDIGUIE P.	Purpan
Chimie Biologique	M. MARQUES	Rangueil
Electro-Radiologie	M. BROUSSY Jean	Purpan
Embryologie Générale	M. RUFFIE Jacques	Purpan
Hématologie	M. BIMES	Rangueil
Histologie	M. DENARD	Purpan
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. MONNIER	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. DUCOS	Purpan
Immunologie	M. PLANQUES	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. RIBAUT	Purpan
Pathologie Médicale	M. LAPORTE Yves	Rangueil
Physiologie	M. BAISSET	Rangueil
Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. LAPORTE Jacques	Purpan
Séméiologie et Clinique Médicale	M. DARNAUD	Rangueil
Thérapeutique		

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan
Neurologie	M. RASCOL	Purpan
Oto-Rhino-Laryngologie	M. CLAUX	Rangueil
Physiologie	M. MONTASTRUC	Rangueil
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Médecine Interne	M. LE TALLEC	Rangueil

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie	M. ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie	M. DUPRE	Rangueil
Médecine Légale	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Pédiatrie	M. DALOUS	Purpan
Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO Jacques	Purpan
Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Ophtalmologie	M. BEC	Purpan
Physiologie	M. GERAL	Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse	M. JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT Jean	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER Georges	Rangueil
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan

Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang	M.	BIERME R.	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M.	BES	Rangueil
Médecine Interne	M.	FEDOU R.	Purpan
Médecine du Travail	M.	PUJOL M.	Purpan
Néphrologie	M.	CONTE Jean	Purpan
Neurochirurgie	M.	LAZORTHES Y.	Rangueil
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique	M.	UTHEZA Guy	Rangueil
Parasitologie	M.	LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M.	ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie	M.	ALBAREDE J.L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M.	JOVER	Rangueil
Physiologie	M.	PAGES B.	Purpan
Radiologie	M.	COMBES P.	Purpan
Rhumatologie	M.	FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	M.	SALVADOR M.	Purpan
Urologie	M.	PONTONNIER Francis	Purpan

AGREGES

Chirurgie Générale	M.	GAUBERT	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M.	SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale	M.	GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M.	ESPAGNO G.	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université	M.	PRINEAU J.P.

Liste arrêtée le 10 mars 1972

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891)

A mes grands-parents

A mes parents

A toute ma famille

A mes amis

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. RUFFIE

Professeur de Clinique Rhumatologique
Médecin des Hôpitaux

Nous avons bénéficié, lors de nos stages dans votre service, de la rare qualité de vos leçons cliniques.

Vous nous faites aujourd'hui le grand honneur de présider notre Jury de Thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre gratitude et notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur L. RIBAUT

Professeur de Pathologie Médicale
Médecin des Hôpitaux

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions pour l'accueil bienveillant que vous nous avez toujours réservé.

Nous sommes heureux de pouvoir vous dire ici notre déférente reconnaissance.

Monsieur le Professeur S. JUSKIEWENSKI

Maître de Conférence Agrégé d'Anatomie et Organogénèse
Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons pu apprécier la grande clarté de votre enseignement.

Vous avez bien voulu siéger à notre Jury de Thèse.

Pour tout cela, nous vous exprimons nos plus respectueux remerciements.

Monsieur le Docteur R. GAY

Chargé de Cours à la Faculté

En témoignage de notre sincère gratitude pour avoir accepté de faire partie de notre Jury, et pour votre précieuse contribution à l'élaboration de cette thèse.

Monsieur le Docteur C. MARTINEZ

Chargé de Cours à la Faculté
Ancien Prosecteur d'Anatomie

Vous nous avez donné le sujet de ce travail dont vous êtes le principal réalisateur.

Nous sommes heureux de pouvoir vous exprimer notre vive reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

et particulièrement

A Monsieur le Professeur J. DUCOS

Professeur d'Immunologie
Biologiste des Hôpitaux
Directeur-Adjoint du Centre Régional de Transfusion Sanguine
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vous nous avez toujours manifesté une grande amitié et nous avez fait l'honneur de vous intéresser à nos études.

Nous sommes heureux de pouvoir vous exprimer ici notre profonde gratitude et notre respectueux attachement.

Nous tenons à remercier les Laboratoires SOLAC, et particulièrement Monsieur P.E. GADAL, pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans la réalisation de ce travail.

S O M M A I R E

INTRODUCTION 1

CASUISTIQUE : BILANS CLINIQUE ET ARTHROGRAPHIQUE DU GENOU 5

I - Bilan clinique méniscal 7

A/ Signes d'interrogatoire 7

1. Douleur 7
2. Le dérobement 8
3. Douleur dans les escaliers 8
4. Insécurité 8
5. Le blocage 8
6. Le claquement 9

B/ Les signes retrouvés à l'examen 9

1. L'hydarthrose 9
2. Les points douloureux, l'exploration de l'interligne 9
3. La limitation des mouvements 9
4. Les mouvements de "souffrance méniscale" 10
5. Les kystes méniscaux 11

II - Bilan clinique des lésions associées 11

1. Ligamentaires 11
2. Rotuliennes 11
3. Quadricipitales 12

III - Bilan arthrographique 12

CASUISTIQUE : ANALYSE DES OBSERVATIONS 13

1. Fréquence des signes cliniques 16
2. Variété de mécanismes de production de la lésion 17
3. Types de lésion méniscale 18
4. Confrontation anatomo-clinique 18
5. Confrontation anatomo-radiologique 21
6. Les lésions méniscales associées 22

COMMENTAIRES 23

1. De la valeur des différents signes cliniques 25
2. De la valeur de l'arthrographie 26
3. De la traduction clinique des différentes lésions 26

CONCLUSIONS 29

BIBLIOGRAPHIE 33

INTRODUCTION

Si l'on en croit la littérature médicale, la lésion méniscale a une traduction clinique d'une variété et d'une richesse assez considérables. Nous en avons, pour notre part, dénombré 23, toutes manoeuvres destinées à mettre en évidence la souffrance du fibro-cartilage et, par la même occasion, à localiser le type et le siège de la lésion.

Cependant, toutes ces manoeuvres ne sont pas systématiquement utilisées. Et les auteurs, selon leur origine et leurs préférences, se servent de certains signes groupés de manière à aboutir à un diagnostic exact. Messieurs les Docteurs GAY et MARTINEZ nous ont confié 81 dossiers de patients méniscectomisés. D'une façon générale, ces blessés ont été examinés de manière identique. Ils ont tous subi une arthrographie opaque. Enfin, la pièce anatomique a été ou photographiée, ou dessinée. Dans de nombreux cas, elle a été confiée à l'anatomo-pathologiste.

Nous avons utilisé ces observations pour essayer :

- d'apprécier la valeur des signes cliniques de lésion méniscale,

- d'évaluer les possibilités de correspondance anatomo-clinique,

- de comparer images arthrographiques et lésion méniscale,

- de situer la valeur respective de la clinique et de l'arthrographie dans le diagnostic de la lésion méniscale, dans sa topographie et dans sa variété.

CASUISTIQUE :

BILANS CLINIQUE ET ARTHROGRAPHIQUE DU GENOU

Dans nos observations, les signes cliniques de lésion méniscale ont été groupés sous deux rubriques. La première concerne la symptomatologie telle que la raconte le patient (signes subjectifs). Nous avons inclu dans ce groupe les blocages et les claquements, bien qu'ils constituent des signes physiques. La seconde comprend les signes d'examen du genou. C'est-à-dire les manoeuvres destinées à mettre en exergue la souffrance méniscale. Par ailleurs, un autre groupe de signes concerne les lésions associées portant sur les lésions ligamentaires, latérales ou croisées, et sur les lésions de l'appareil extenseur, rotuliennes en particulier.

I - BILAN CLINIQUE MENISCAL

A/ SIGNES D'INTERROGATOIRE

1. Douleur

La douleur est évidemment le premier des signes. Et il est parfois fort difficile d'en faire préciser la topographie ou même l'intensité. Les

blessés signalent cependant fort bien qu'elle siège "à l'intérieur du genou", la situant en dedans ou en dehors. Mais son intensité est très variable depuis la gêne sourde, jusqu'à la syncope articulaire.

En fait, elle se place dans le cadre de signes fonctionnels plus globaux.

2. Le dérobement

Il est en général bien décrit : dérobement douloureux, et toujours douloureux, bien que parfois le blessé ne sache dire si la douleur a précédé ou non le dérobement. Le dérobement se produit très souvent chaque fois que le patient fait le geste qui a provoqué la lésion : impulsion du sauteur en longueur ou hauteur, appui du footballeur, contre-pied du rugbyman. La douleur brutale entraîne une syncope articulaire, le genou flanche en flexion.

3. Douleur dans les escaliers

Que ce soit à la montée ou à la descente, la marche dans les escaliers déclenche une douleur, pour des motifs différents d'ailleurs, nous y reviendrons.

4. Insécurité

Le patient "ne fait aucune confiance à son genou". Pas seulement parce qu'il a eu des dérobements et des blocages et qu'il craint une récidive, mais parce que la gêne sourde et permanente, entrecoupée de douleurs plus vives, le prive d'une fonction complète et normale du genou. Ceci, encore une fois est particulièrement net chez les sportifs, dont une phrase est assez typique dans sa répétition : "mon genou n'est pas sûr".

5. Le blocage

Le blocage est un signe physique assez net. Classiquement, la meilleure signature de la lésion méniscale. Cependant, on ne voit pas souvent le

blessé en blocage aigu et typique. En général, il est raconté. Et dans ce cadre, il est parfois difficile de faire préciser s'il s'agit d'un blocage vrai ou d'un déficit d'extension ou de flexion, tel qu'on le rencontre de manière chronique. Le blessé confond parfois blocage et dérobement. C'est pourquoi chaque fois qu'un doute existait, on a demandé au sujet de reproduire la position du genou "en blocage". Celui-ci se produit en général à 20° de flexion. Le patient l'a réduit seul.

6. Le claquement

Le claquement est fort bien raconté par le blessé qui le situe avec précision et sait souvent le reproduire à volonté.

L'examen permet de palper sa traduction "physique": le ressaut que l'on palpe et voit.

B/ LES SIGNES RETROUVES A L'EXAMEN

1. L'hydarthrose

D'importance variable, et en dehors de l'accident initial ; recherchée par le choc rotulien.

Le kyste poplité constitue l'hydarthrose postérieure.

2. Les points douloureux, l'exploration de l'interligne.

La recherche des points douloureux, sans manoeuvre de valorisation, a été faite le long de l'interligne articulaire, dans trois positions du genou : extension, flexion légère, flexion complète. On a exploré trois points : antérieur, moyen et postérieur. Ce dernier surtout en flexion.

3. La limitation des mouvements

a) le blocage aigu en est l'exemple le plus typique : déficit de l'extension, invincible, dont l'amplitude se situe autour de 20° ;

b) le déficit de l'extension, signe dont le blessé lui-même n'a pas, le plus souvent, pris conscience. Le déficit est peu important, autour de 10°. Et lorsqu'on essaye de mettre le genou en extension, on a une sensation de résistance passive, avec ou sans douleur d'ailleurs. Comme tous les déficits de l'extension, on le voit bien sur le sujet en décubitus dorsal, membres inférieurs tendus (test de LIPSCOMB);

c) le déficit de la flexion. Le déficit de flexion peut être douloureux ou non. Pour le mettre en évidence, on peut soit utiliser la manoeuvre de BADO et CAGNOLI (flexion du genou en décubitus dorsal), soit, plus simplement, demander au blessé de s'accroupir. Ce geste met en exergue l'inégalité de flexion des deux genoux ;

d) la manoeuvre "accroupi-debout" (PAYR), en dehors d'autre mérites symptomatologiques et quand elle est possible, a le mérite de mettre en évidence ces deux déficits dans le mouvement.

4. Les mouvements "de souffrance" méniscale

Parmi les très nombreuses manoeuvres décrites pour mettre en relief la souffrance méniscale, la casuistique qui nous a été confiée fait appel à 5 d'entre elles.

a) Test de BÖHLER ou de ROCHER. Le varus ou le valgus forcé en compression déclenchent une douleur sur l'interligne correspondant.

b) Signe de OUDARD. Ce signe est appelé signe de SMILLIE dans les pays anglo-saxons. Le pouce est situé sur la partie antérieure de l'interligne, contre le ligament rotulien. On fait une extension. En fin de mouvement apparaît une vive douleur au niveau où se situe le pouce. C'est le "cri méniscal". Ce signe est différent du déficit de l'extension qui peut être ou non douloureux.

c) Test d'APPLEY. Le test d'APPLEY fait appel à la compression-rotation et à la traction-rotation : la rotation interne en compression explore le ménisque externe et vice versa.

d) Le test de MAC MURRAY est voisin : sur le blessé en décubitus dorsal, on fait une extension, la jambe étant maintenue en rotation externe. La main gauche explore pendant ce temps l'interligne. Claquement et douleur à un certain angle, et toujours au même, confirment et situent la lésion.

e) La manoeuvre de BADO et CAGNOLI, constitue le "cri méniscal postérieur" : la flexion forcée réveille la douleur sur la corne postérieure. Si on place le pouce sur la corne postérieure, on objective d'autant mieux la douleur.

5. Les kystes méniscaux

II - BILAN CLINIQUE DES LESIONS ASSOCIEES

Quel que soit le type de traumatisme en cause et les signes fonctionnels rapportés par le blessé, l'examen du genou s'est attaché évidemment à déceler la possibilité de lésions associées, esentiellement :

1. Ligamentaires

- recherche de la stabilité transversale du genou en extension et légère flexion,

- recherche de la stabilité sagittale (tiroirs),

- recherche de la stabilité rotatoire en flexion et en extension.

2. Rotuliennes

- douleur à la percussion de la rotule et à la palpation des bords rotuliens,

- douleur à l'extension contrariée,

- étude de la dynamique rotulienne au cours de la flexion-extension.

3. Quadricipitales

en particulier, importance et localisation de l'amyotrophie.

III - BILAN ARTHROGRAPHIQUE

En dehors des cas de blocage aigu en flexion, l'examen arthrographique par produit opaque a été la règle, selon la technique publiée par RIEUNAU et FICAT (1). Ces clichés comprennent des rotules en défilé, en général à 30 et 60° de flexion, de manière à objectiver la qualité du cartilage rotulien et le centrage de l'appareil extenseur.

(1) . Genou de face en extension, inclinaison du tube 3° et 9° vers le pied.
. Rotation externe 45° : tube incliné de 0 et 6° vers la tête.
. Rotation interne 45° : tube incliné de 3 et 9° vers le pied.
. Décubitus ventral, genou fléchi 30°, tube incliné de 0 et 6° vers la tête.
. Profil genou fléchi à 90°.

CASUISTIQUE :

ANALYSE DES OBSERVATIONS

L'analyse des observations s'est attachée à préciser les points suivants :

1/ Fréquence des différents signes cliniques que nous venons de décrire.

2/ Variété du mécanisme de production de la lésion méniscale.

3/ Type de lésion méniscale trouvée à l'intervention.

4/ Confrontation anatomo-clinique.

5/ Confrontation anatomo-radiologique.

6/ Lésions associées : croisé antérieur, lésions cartilagineuses rotuliennes et condyliennes.

1. Fréquence des signes cliniques

TABLEAU 1

Signes cliniques	Nombre de cas	
Blocage	36	
Dérobement	27	
Insécurité-douleur	31	
Claquement ressaut	31	
Douleur à la montée ou descente des escaliers	16	
Hydarthrose	39	
Points douloureux		
. sur tout l'interligne	25	55
. sur la corne ant. seule	1	
. sur la partie moyenne	3	
. sur la corne postérieure	12	
. sur les 2/3 postérieurs	14	
Déficit de l'extension	33	
Déficit de la flexion	34	
Mac Murray	24	
Appley	23	
Oudard	21	
Böhler	7	
Payr (accroupi-debout)	16	

Ce tableau appelle une remarque : le test de Böhler et la manoeuvre de Payr (accroupi-debout) n'ont été recherchés que sur une des deux séries de blessés de cette étude (36 cas).

2. Variété de mécanismes de production de la lésion

TABLEAU 2

Mécanismes de production de la lésion	Nombre de cas
Lésions consécutives à une entorse typique	23
Mécanisme de compression-rotation	34
Séquelle de fracture extr. sup. tibia	1
Indéterminé	22

L'importance des mécanismes indéterminés rend bien compte de la difficulté que l'on éprouve à faire raconter les circonstances de l'accident, ou même de l'utilisation sportive du genou blessé. On parle alors de faux pas, de glissades, ou de blocages du genou, qui, dans ces cas, n'en sont pas.

Dans la statistique, il y a 13 joueurs de football, tous touchés à la jambe d'appui, sauf un ; et, dans ce dernier cas, la lésion est apparue après une entorse, avec un intervalle libre de 6 mois. Pour 16 rugbymen, par contre, la proportion des entorses augmente (placages) : 9.

3. Types de lésion méniscale retrouvée à l'intervention

TABLEAU 3

Types de lésion méniscale	Nombre de cas
Lésion de la corne postérieure	
. Dégénérative	4
. Fissurée ou désinsérée	24
Lésion de la corne postérieure prolongée au 1/3 moyen	18
Anse de seau typique	22
Anse de seau vieillie	10
Corne antérieure	1
Ménisques sains	2
TOTAL	81

4. Confrontation anatomo-clinique

En fonction du type de lésion anatomique, nous avons essayé d'apprécier la fréquence des signes cliniques pour essayer ainsi de tracer le tableau de chacune des lésions observées.

TABLEAU 4

a) la corne postérieure : 28 cas

Dérobements	: 11
Blocages	: 4
Insécurité douleur	: 13
Claquement ressaut	: 8
Escaliers	: 11
Hydarthrose	: 13

Douleur

. tout l'interligne	: 3	
. partie moyenne	: 3	
. corne post.	: 5	
. 2/3 post.	: 7	
Déficit extension	: 8	
Déficit flexion	: 17	
MacMurray	: 8	
Appley	: 11	
Oudard	: 7	
Böhler	: 4	
Payr (accroupi-debout)	: 11	

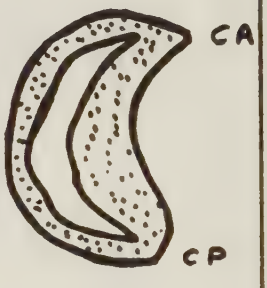
b) Corne postérieure et partie moyenne : 18 cas

Dérobements	: 7	
Blocages	: 8	dont 2 permanents
Insécurité douleur	: 8	
Claquement ressaut	: 10	
Escaliers	: 4	
Hydarthrose	: 7	
Douleur		
. tout l'interligne	: 6	
. corne postérieure	: 7	
. 2/3 postérieurs	: 2	
Déficit extension	: 11	
Déficit flexion	: 8	
MacMurray	: 7	
Appley	: 5	
Oudard	: 4	
Böhler	: 1	
Payr	: 2	

c) Anse de seau typique : 22 cas

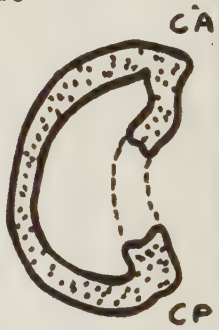
Dérobements	: 4	
Blocages	: 18	dont 6 aigus
Insécurité douleur	: 5	

Claquement ressaut	: 9
Escaliers	
Hydarthrose	: 13
Douleur	
. tout l'interligne	: 9
. 2/3 postérieurs	: 11
Déficit extension	: 11
Déficit flexion	: 3
MacMurray	: 5
Appley	: 5
Oudard	: 6
Böhler	: 1
Payr	: 1



d) Anse de seau résorbée : 10 cas

Dérobements	: 4
Blocages	: 6
Insécurité douleur	: 5
Claquement ressaut	: 4
Escaliers	: 1
Hydarthrose	: 6
Douleur	
. tout l'interligne	: 7
Déficit extension	: 3
Déficit flexion	: 6
MacMurray	: 4
Appley	: 2
Oudard	: 3
Böhler	: 1
Payr	: 2



Il faut enfin signaler que sur la foi de l'arthrographie, 2 ménisques sains ont été opérés. Il s'agissait de séquelles d'entorse, avec dérobements et douleur sur tout l'interligne. L'image arthrographique montrait une désinsertion postérieure et le ménisque fut trouvé sain.

Cette statistique n'a pas fait de différence entre ménisque interne et ménisque externe, compte tenu de l'absence de ménisques dysplasiques.

5. Confrontation anatomo-radiologique

L'arthrographie n'a pas été faite 11 fois et, dans ce cadre, il faut évidemment situer les blocages aigus. Dans un cas, elle était absolument illisible (lésion de la corne postérieure).

La concordance anatomo-radiologique fut retrouvée 61 fois :

- 23 fois pour la corne postérieure,
- 15 fois pour la lésion de la corne postérieure prolongée en avant,
- 13 fois pour l'anse de seau,
- 9 fois pour l'anse de seau vieillie.

L'arthrographie a induit en erreur 6 fois dans le cadre des lésions de la corne postérieure, une fois pour l'anse de seau typique et une autre fois pour une anse de seau vieillie.

- Dans deux cas, l'arthrographie a montré une lésion qui n'existait pas, sur la corne postérieure (un ménisque interne et un ménisque externe),
- dans les autres cas, l'arthrographie montrait une lésion qui n'était pas réelle : 4 fois au niveau de la corne postérieure, la lésion s'est avérée plus importante que ne le montrait la radio,
- nous avons enfin observé 2 kystes méniscaux, tous deux avec traduction arthrographique.

6. Les lésions associées

TABLEAU 5

Lésions associées	Nombre de cas
Lésion du croisé antérieur	8
Lésion cartilagineuse condylienne interne	9
Lésion rotulienne interne	2
Lésion rotulienne externe	6

Il s'agissait, dans la plupart de ces cas, de découvertes opératoires, en particulier en ce qui concerne le croisé antérieur et les lésions condyliennes. Par contre, dans 4 cas, la chondromalacie associée (2 internes et 2 externes) avait une traduction clinique et la rotule a été explorée, dans ces cas, de parti pris.

Ces lésions se voient dans le cas d'anses de seau, vieillies ou non. La lésion de la corne postérieure isolée ne s'accompagne pas de lésions fémoro-patellaires. Par contre, dans 4 cas, la rupture du croisé accompagnait une lésion isolée de la corne postérieure.

COMMENTAIRES

1. De la valeur des différents signes cliniques

Il est remarquable qu'en dehors de la douleur retrouvée comme signe subjectif ou objectif (points douloureux) dans la presque totalité des lésions (5 genoux seulement indolores), la plupart des signes subjectifs et des manoeuvres ne puissent se retrouver que dans un tiers des cas, environ. Cette proportion est en gros valable pour les dérobements (27/81), le claquement (31/81), le déficit de l'extension (33) ou de la flexion (34).

Le blocage se retrouve dans près de la moitié des cas et il reste, quand on le fait raconter convenablement ou lorsqu'il est observé comme blocage permanent, le meilleur signe. Car l'hydarthrose, très fréquente (39), est loin d'être propre à la souffrance méniscale.

Les classiques manoeuvres sont beaucoup moins souvent positives et ceci explique peut-être leur grand nombre. Quand il existe un signe de valeur, on recherche rarement des manoeuvres d'appoint. Les meilleures semblent être celles de MacMurray, d'Appley

et de Oudard, positives dans 1/3 à 1/4 des cas. Encore faut-il remarquer que, grossièrement basées sur le même principe (la rotation mobilisation), Appley et MacMurray sont souvent positivesensemble.

2. De la valeur de l'arthrographie

L'arthrographie reste un excellent examen d'appoint. Dans les 11 fois où elle ne fut pas faite, la lésion méniscale, patente cliniquement, fut retrouvée telle qu'on la supposait. L'erreur à mettre sur le compte de l'arthrographie, a fait enlever deux ménisques sains. Dans les autres cas, la lésion méniscale existait, mais n'était pas celle que montrait l'arthrographie.

On doit aussi remarquer que le maximum d'erreurs s'est produit au niveau de la corne postérieure (6 sur 8, dont 2 ménisques externes). Par contre, les anses de seau, et les lésions qui les préparent, sont beaucoup plus fidèlement représentées.

3. De la traduction clinique des différentes lésions

Incontestablement, certains signes se voient de préférence dans certains types de lésion : la corne postérieure ne donne pratiquement que peu de blocages (4 sur 28). Dès que la fissure se prolonge vers l'avant, les blocages deviennent très fréquents, 32 sur 50 cas. Par contre, le dérobement douloureux se voit très souvent dans la lésion de la corne postérieure isolée (11 sur 28) et moins dans les anses de seau (4 sur 22).

Déficit de flexion, douleur sur la corne postérieure ou les deux tiers postérieurs, manoeuvre de Payr (accroupi-debout), douleur à la montée des escaliers ou à la descente, ces signes,fréquents dans la lésion isolée de la corne postérieure, se retrouvent moins souvent dans les anses de seau. Dans ce cas, le déficit touche plus l'extension (17 dont 6 blocages permanents), la douleur sur tout l'interligne.

Les manoeuvres de MacMurray, d'Appley et de Oudard ne semblent pas déceler une préférence pour l'un ou l'autre type de lésion méniscale.

En somme, et schématiquement :

a) la lésion de la corne postérieure se traduit dans notre statistique par :

- des dérobements,
- l'insécurité avec douleur à la montée et à la descente des escaliers, à la manoeuvre d'accroupissement et de relèvement,
- un déficit douloureux de la flexion,
- des points douloureux sur la corne postérieure et les deux tiers postérieurs,
- MacMurray, Appley et Oudard sont positifs seulement dans le tiers des cas.

b) La lésion corne postérieure-partie moyenne se traduit par :

- des blocages avec claquement ressaut,
- la douleur sur tout l'interligne et les deux tiers postérieurs,
- un déficit autant de flexion que d'extension,
- MacMurray et Appley positifs dans un tiers des cas, le Oudard moins souvent.

c) L'anse de seau donne :

- des blocages avec claquement ressaut,
- un interligne entièrement douloureux,
- un déficit, plus de l'extension que de la flexion,
- MacMurray, Appley et Oudard dans 1/3 des cas.

Lorsqu'elle est résorbée, l'anse de seau reprend des caractères plus nuancés :

- autant de dérobements que de blocages,
- déficit de flexion et d'extension,
- mais la douleur est sur tout l'interligne.

MacMurray, Appley et Oudard sont toujours positifs dans 1/3 des cas.

CONCLUSIONS

Nous avons analysé une série de 81 lésions méniscales pour juger de la valeur des signes cliniques, de la valeur de l'arthrographie et pour essayer de préciser les correspondances anatomo-radiologiques.

La valeur des signes dépend de la topographie et du type de la lésion, mais,de toute manière, il est illusoire de les retrouver tous, même pour un type de lésion donné. Les plus fréquents, en dehors de la douleur, ne se retrouvent guère que dans la moitié des cas : il s'agit par exemple des blocages et de l'hydarthrose. Encore faut-il se rappeler que la rupture méniscale n'est pas seule à pouvoir donner épanchement et blocage.

Le diagnostic est donc surtout une affaire de groupement des signes et nous avons essayé de donner une image clinique de chacune des lésions méniscales que l'on peut observer.

Un travail ultérieur s'attachera à préciser leur physiopathologie.

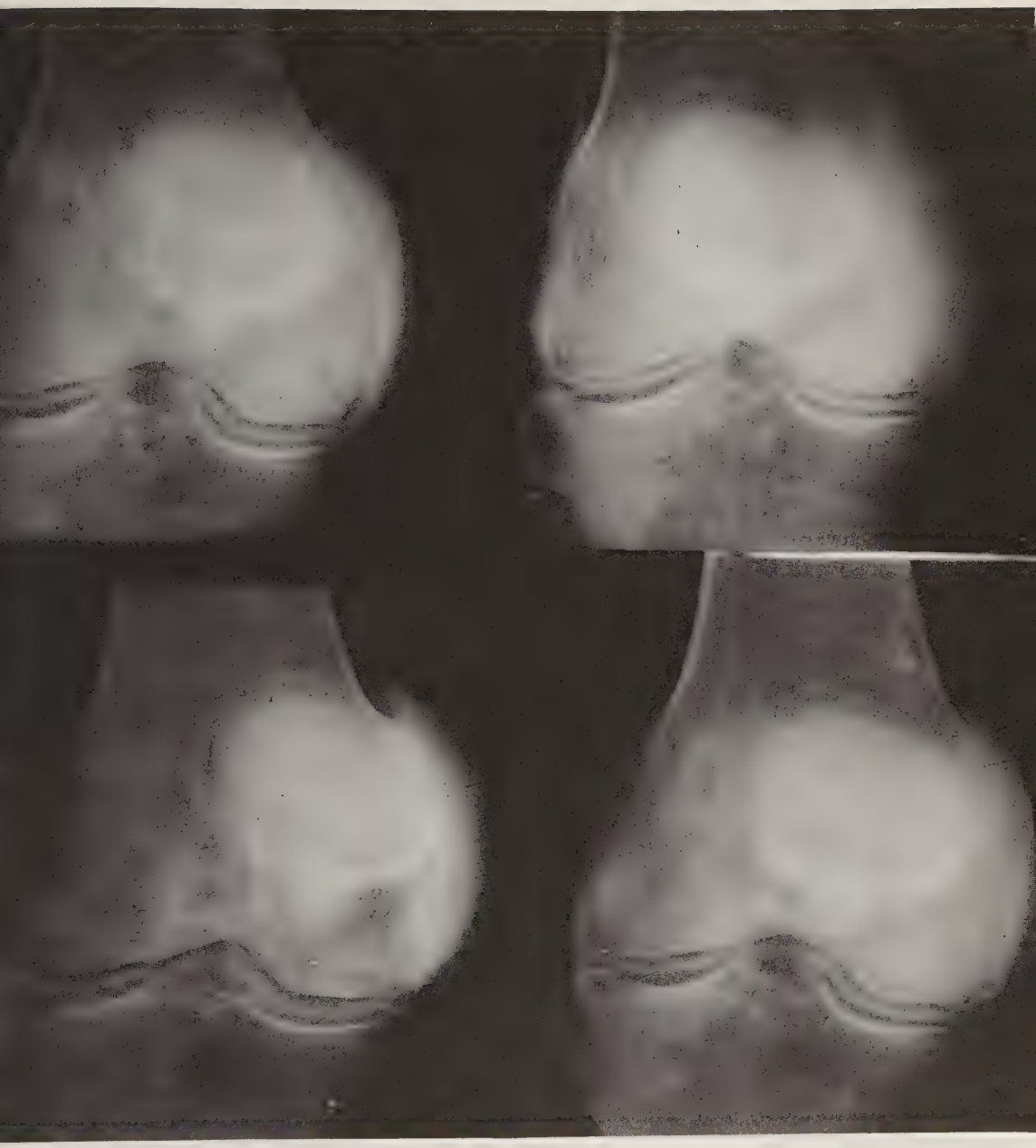
ICONOGRAPHIE

- Anse de seau
(Football - Pied d'appui)
- 2 blocages préalables

- Rupture longitudinale de la corne postérieure
Mécanisme sportif (tennis)

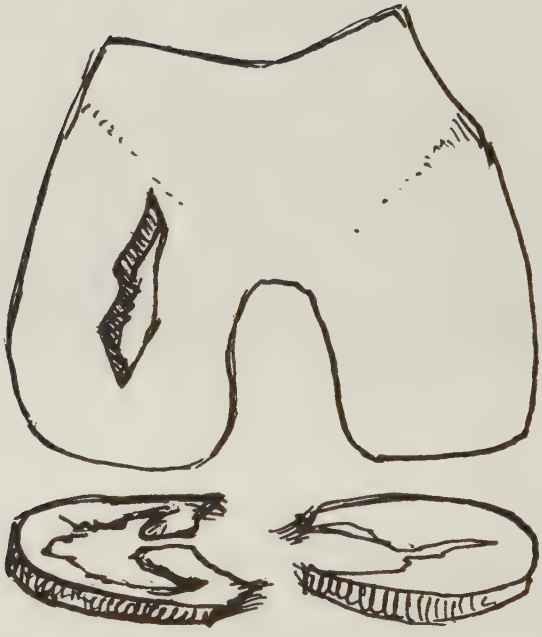
- Anatomopathologie = méniscose

- Désinsertion longitudinale pratiquement complète
- Mécanisme = entorse du genou



- Rupture en battant de cloche de la corne postérieure
Claquement

- Pas de traduction arthrographique



- Anse de seau rompue

- Lésion chondrale du condyle interne

Lésions dégénératives de la corne postérieure

Lésions dégénératives de la corne postérieure

Vu le Président de Thèse

R. RUFFIE

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 10 juin 1972

Le Président du Conseil de l'Université Paul Sabatier

L. LARENG

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLEGRENI R., DELL'ORTO R. - Considerazioni clinico-statistiche sulle lesioni traumatiche dei menischi del ginocchio (822 casi).
Minerva Ortop., 1965, 16, 331-344.

2. BOHR H. - On the diagnosis of the meniscus lesions in the knee with special regard to the value of arthrography.
Acta Orthop. Scand., 1959, 29, 146-149.

3. DELL'ORTO R., MARSANO R. - Lei lesioni dei menischi articolare del ginocchio nella traumatologia sportiva.
Minerva Ortop., 1965, 16, 12-16.

4. DUCLOUX M., CECILLE J.P., QUANDALLE P. - Confrontations radio-chirurgicales à propos de 241 méniscectomies.
Rev. Chir. Orthop., 1963, 49, 677-687.

5. FICAT P. - Pathologie des ménisques et des ligaments du genou.
Masson Edit., Paris, 1962.

6. MORAGAS J. - Sobre las lesiones meniscales de rodilla.
Rev. Ortop. y trauma., 1964, 8B, 341-344.

7. NICHOLAS J.A., FREIBERGER R.H., KILLORAN P.O. - Double contrast arthrography of the knee. Its value in the management of two hundred and twenty five knees derangements.
JBJS, 1970, 52A, 203-270.

8. PIATIGORSKY H.E. - La lesion meniscal.
Rev. Ortop. y trauma., 1971, 16A, 153-159.

9. SMILLIE I.E. - Injuries of the knee joint.
Livingstone, 4e Ed., Londres, 1970.

10. TRILLAT A. - Lésions traumatiques du ménisque interne du genou. Classement anatomique et diagnostic clinique.
Rev. Chir. Orthop., 1962, 48, 551-560.